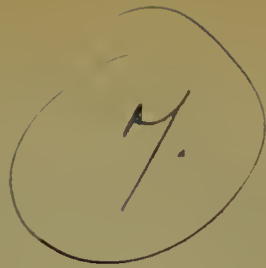


III. Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium. — Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ectopische Schwangerschaft

von

Prof. Dr. M. SÄNGER
in Leipzig

(Mit 5 Abbildungen).

Der hier mitgeteilte Fall ist durch zwei Umstände bemerkenswert:

1. durch die ungewöhnliche Art der Conception,
2. durch die ungewöhnliche Indication zum Kaiserschnitt.

Krankengeschichte.

Frau K., 32 Jahr alt, aus Br., etwa 1 Stunde Eisenbahnfahrt von Leipzig, wurde am 14. September d. J. in meine Anstalt gebracht, da, nach Aussage des dortigen Arztes, Dr. Hake in R., ein inneres Geburtshindernis vorhanden sei.

Anamnese: Menstruation früher regelmässig, 4wöchentlich bis zu 8 Tagen, mässig, ohne Schmerzen. 3 Mal ausgetragene Kinder ohne Kunsthülfe geboren. Letzte Entbindung vor 8 Jahren. Wochenbetten angeblich gut verlaufen. 2 Kinder

am Leben. Zwischen den rechtzeitigen Entbindungen 2 Mal Abortus. Vor 2 Jahren glaubte sie nochmals im 3. Monat abortiert zu haben. Sie bekam sehr heftige Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes verbunden mit Ohnmachten und Erbrechen. Nach Aussen ging längere Zeit Blut ab, doch keine Eiteile, keine Frucht. Sie lag volle 8 Monate zu Bett, wie der damalige Arzt sagte, an einem grossen Bluterguss in die Bauchhöhle. Jetziges Ausbleiben der Menstruation seit Ende Januar. Während der ganzen Schwangerschaft habe sie beständig Schmerzen gehabt, besonders auf der rechten Seite des Unterleibes. In den letzten Tagen seien dieselben noch heftiger und wehenartig geworden. Seit 8 Tagen gehe auch Wasser fort.

Status: Mittelgrosse, magere, ziemlich anämische und leidend aussehende Frau.

Fundus Uteri bis zu den Rippenbögen reichend. Frucht in I. Schieflage. Herztöne in der Mitte des Bauches, kräftig, normal. Schmerzhafte Wehen z. Z. nicht vorhanden. Auch Fruchtwasserabgang nicht nachweislich. Die kurze breite Portio zeigt seichte bilaterale Einrisse. Die Cervix ist für einen Finger durchgängig, welcher in Höhe von 3 cm aufwärts vom äusseren Muttermund auf eine ringförmige Verengung stösst. Die Excavatio sacro-iliaca dextra wird eingenommen von einer unverschieblichen harten, nicht druckempfindlichen Masse, von welcher nach allen Seiten, besonders aber quer durch den ganzen hinteren Beckenraum zahlreiche, dickere und dünnere, sehr derbe Narbenstränge ziehen. Dieselben umgeben auch das untere Uterussegment und den oberen Teil der Cervix, indem sie letztere stricturartig einengen. Auch das Rectum wird von ihnen umschlossen. Dachte man sich das Becken im Eingang durch den Querdurchmesser in zwei frontale Hälften geteilt, so war die ganze hintere Hälfte von den beschriebenen Massen besetzt und für den Durchtritt des Kindes ausgeschaltet, ausserdem aber Cervix und unteres Uterussegment derart eingeschnürt, dass deren Erweiterung eine enge Schranke gesetzt war. Das knöcherne Becken zeigte normale Maasse (Sp. 22, C. 27, Tr. 32, C. e. 19, 5). Der harte über der Symphyse ebenso wie bei hochgradiger Beckenenge vorgewölbte Kindeskopf war nach dem linken Darmbein abgewichen und liess sich erst bei kräftigem Herabdrücken von Aussen durch das vordere Scheidengewölbe durchtasten, schnappte aber sogleich wieder nach der Seite zurück. Es bestand somit ein absolutes Geburtshindernis, das sich auch durch sofortige Einleitung der Geburt — die Zeit der Schwangerschaft entsprach etwa der 36.—37. Woche — nicht beheben liess. Die Anamnese ergab genügende Anhaltspunkte, um die Diagnose dahin stellen zu können, dass das Geburtshindernis gebildet werde von einem geschrumpften und fixierten, ectopischen Fruchtsack, sowie von residualen teils extra, teils intra-peritonealen Narbensträngen einer früheren, wohl unter Entzündung abgelaufenen Hämatocele beziehentlich eines Hämatoma pelvis.

Frau K. wurde da behalten, aber nach 3tägigem Aufenthalt in der Klinik wieder entlassen, da sich herausstellte, dass keine Geburtswehen bestanden und dass das vermeintliche Fruchtwasser Urin gewesen sei.

Am 3. Oktober früh 7 Uhr wurde Frau K. nach etwa einstündiger Eisenbahnfahrt wieder in die Klinik gebracht. Seit 11 Uhr Nachts bestanden Wehen mit kurzen Pausen. Die Gebärende wurde vor ihrer Abreise von dem dortigen Arzt, dann nur zwei Mal von mir innerlich untersucht. Jetzt I. Schädellage, Kopf von Aussen breit über der Symphyse vorgewölbt. Innerlich wird die lockere für 2 Finger durchgängige Cervix wie früher von den noch ebenso harten Narbenmassen umschnürt. Blase steht. Sehr wenig Vorwasser. Kopf, vom unteren Uterussegment umschlossen, ziemlich feststehend. Das abgehende Cervicalsecret zeigt Streifen hellgelben Eiters. — Trotz kräftiger, anhaltender Wehen von grosser Schmerzhaftigkeit nach 5stündigem Warten kein Fortschritt in weiterer Entfaltung der Weichteile; beginnende Cervixüberdehnung. Daher nun ohne Säumen, 13 Stunden nach Beginn der Wehen, 12 Uhr Mittags

Sectio caesarea. Flache Rückenlage. Langer Bauchschnitt. Herauswälzung des Uterus. Umlegung einer Mullserviette um das uUs. Provisorischer Schluss der Bauchwunde durch 3 Muzeux. Hohe Incision des Uterus. Placenta vorn, wird seitlich umgangen. Kind, an den Füssen ausgezogen, ist apnoisch, wird bald zum Schreien gebracht. Lösung der Nachgeburt. Decidua vom uUs. aufwärts weithin von gelbgrünlicher Färbung, wird teils mit Scalpellgriff, teils mit trocknen Mullbäuschen vollständig entfernt. 12 tiefe Seidensuturen dicht

am Wundrand ein- und ausgestochen, Decidua nicht mitgefasst. 18 oberflächliche symperitoneale Seidennähte. Nachlegen von Fäden nicht notwendig. Uterus gut contrahiert (nach uns nach 6 Spritzen Ergotin liquid.).

Nunmehr Aufsuchung des Geburtshindernisses. (Vgl. Abbild. 1.) Die rechte Tube zieht leicht schräg nach hinten und abwärts, um sich mit ihrer pars abdominalis in einem Gewirr derber Adhäsionen im Douglas zu verlieren. Ihre Dicke nimmt dabei gleichmässig zu und erreicht, soweit sie zu verfolgen ist, die eines Kleinfingers. Das rechte Ovarium ist nicht aufzufinden. Die Bursa

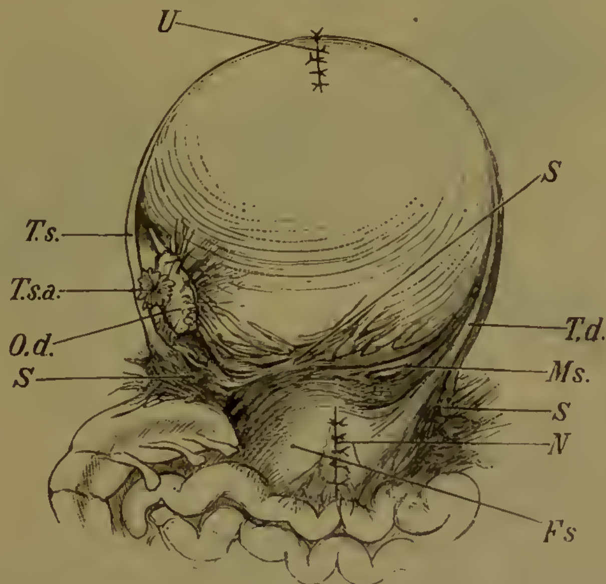


Fig. 1.

T.d. = Tuba dextra.
Ms. = Mesosalpinx d.
Fs. = geschrumpfter Fruchtsack.
N. = Naht des Risses.
SSS. = Schwielenmassen.
T.s. = Tuba sin.
T.s.a. = accessorisches Tubenostium.
O.d. = Ovarium dextrum.

ovarica ist in Gestalt einer nach innen offenen Falte der Mesosalpinx angedeutet. Die der r. Tube entlang eingeführte Hand gelangt am Boden des Douglas zu einem auch mit Darmschlingen verwachsenen, rundlichen, festsitzenden, harten Geschwulst von der Grösse einer kleinen Faust (Fo). Beim Versuche, sie auszuschälen, gelingt es, unter Zerreissung einer dünnen fibrösen Membran (Peritoneum des Lig. latum? Alte Pseudomembran oder beides?) mit den Fingern sie von unten her etwas loszulösen, dann stossen dieselben auf geradezu undurchdringliche, harte, fibröse Schwielen. Zugleich blutete es ziemlich bedeutend aus der Tiefe des Douglas, weshalb davon Abstand genommen wurde, forcierter vorzugehen, zumal es sich, wie sich ergab, nicht eigentlich um eine Geschwulst, als um eine diffusere Anhäufung von Schwielenmassen mit eingelagerten weicheren Partieen handelte. Auf Vernähung des Einrisses (N), durch den die Finger eingedrungen waren, stand die Blutung. Reste eines Foetus wurden nicht gefunden. Die linke Tube zog leicht bogenförmig nach aussen, dann gerade nach abwärts in den Douglas hinab, wo sich ihr abdominales Ende gleichfalls in Narbensträngen verlor, ohne sichtbar gemacht werden zu können.

Etwa in der Mitte des freigebliebenen Tubenrohres, ca. 7 cm vom linken Uterushorn entfernt, sah man ein ausgezeichnet ausgebildetes accessorisches Tubenostium mit einer Rosette von der Grösse eines 50-Pfennigstückes (T. s. a.). Dicht hinter dieser Stelle lag, gekreuzt von etlichen feinen Adhäsionen, das langgestreckte linke Ovarium.

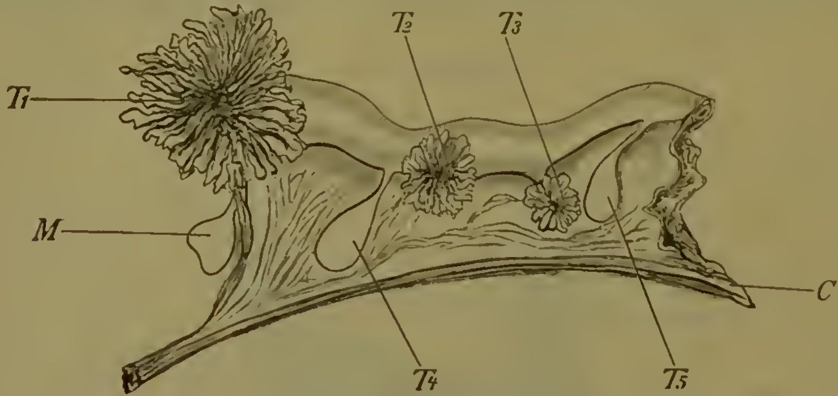
Nach Erhebung dieses Befundes wurde der Uterus in die Bauchhöhle zurückgebracht und diese geschlossen.

Frau K. machte eine in jeder Hinsicht glatte Heilung durch, bei stets subnormalem Verhalten von T. und P. Sie wurde am 20. Tag p. op. entlassen.

Das Kind, ein Knabe von 2500 g Gewicht, konnte leider nicht gestillt werden, gedieh aber unter Ernährung mit der Flasche ganz gut.

Es war dies der 13. von mir selbst ausgeführte Kaiserschnitt: alle Mütter sind genesen, alle Kinder sind mit Ausnahme von einem, bereits vor der Geburt abgestorbenen, lebend geboren worden.

Die bei der ersten Untersuchung gestellte Diagnose wurde unter der Operation vollkommen bestätigt. Welche Form ectopischer Schwangerschaft ursprünglich vorgelegen hat, liess sich freilich nicht genau feststellen: es kann eine Graviditas tubo-ampullaris oder tubo-ampulle-abdominalis gewesen sein. Der



Figur 2.

Frau H., Cystoma proliferum gland. ovarii sin. Ovariotomia 7. II. 1886.
T1. — Ostium abd. der Haupttube.
T2. — accessorisches Ostium.
T3. und T4. — Hydatidenähnliche, fimbrienlose Nebentuben.
M. — Morgagni'sche Hydatide.
C. — Cystenwand.

milde Verlauf z. Z. des Absterbens der Frucht bez. des Eies deutet auf Abortus tubarius und nicht auf Ruptur, das sehr lange Krankenlager, was sich dann anschloss, auf bedeutende Grösse der Hämatocele, die ausserordentliche Derbheit und Massenhaftigkeit schwieliger Residuen auf entzündliche Vorgänge hin.

Die Vermutung, dass es sich auch um ein intraligamentäres Hämatom handeln könne, hat sich nicht bestätigt: der eingeschrumpfte Fruchtsack sowie die Narbenschwielen sassen ausschliesslich im Douglas'schen Raum, indem sie von hier aus die Cervix einschnürten.

In die Hämatocele war auch das Abdominalende der linken Tube hineingezogen und dadurch vollständig obliteriert worden. Die letzte Conception konnte daher nur durch das beschriebene accessorische Tubenostium erfolgt sein.

I. Die accessorischen Tuben und Tuben-Ostien, welche 1851 durch Gustave Richard[1]) zum ersten Male beschrieben und von Rokitansky[2]) als sehr häufige Vorkommnisse hingestellt wurden, haben neuerdings eine grössere Beachtung gefunden und scheinen dazu berufen, in Bezug auf gewisse intraligamentäre Cysten, auf ectopische Schwangerschaft, auf Fragen der Conceptionslehre eine wichtige praktische Rolle zu spielen.

Die Arbeit von Amann[3]), welche auch einen geschichtlichen Abris enthält, und besonders die von Kossmann[4]) lassen die bisher als interessante Missbildungen und nebensächliche Befunde aufge-

---

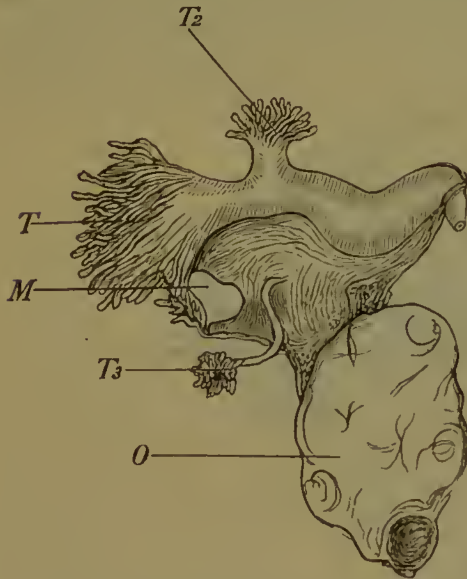
1) Anatomie des trompes de l'Utérus chez la femme. Thèse de Paris. 1851.

2) Ueber accessorische Tubenostien und über Tubenanhänge. Allg. Wien. med. Zeitg. 1859. No. 32.

3) Beiträge zur Morphogenese der Müller'schen Gänge und über accessorische Tubenostien. Arch. f. Gyn. Bd. XLII. 1.

4) Ueber accessorische Tuben und Tubenostien. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XXX. S. 253.

fassten Bildungen daher als Zustände hervortreten, welche mit den aus arrhenogenen Ueberresten der Sexual-Anlage hervorgegangenen pathologischen Gebilden zu concurrieren haben werden. Kossmann unterscheidet, ähnlich wie Amann, accessorische Tuben (Neben-Eileiter, Parasalpinx) und accessorische Tuben-Ostien, welche zusammen vorkommen können, wie auch die hier abgebildeten Bei-



Figur 3.

Frau W., Myoma Uteri. Castratio. 10. IV 1888.

T1. Ostium abdominale der Haupttube.
T2. Accessorisches Ostium.
T3. - Accessorische Tube von ungewöhnlicher Länge.
M. Morgagni'sche Hydatide.
O. - Ovarium.

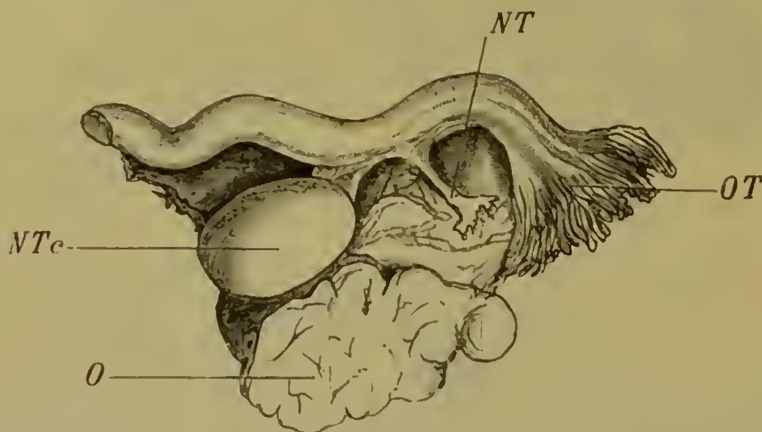
spiele eigener Beobachtung, die ich aus noch anderen ausgewählt habe, zeigen. (S. Abbildg. 2—5). Kossmann fand bei accessorischen Tuben niemals eine mit der Haupt-Tube in Verbindung stehende Lichtung. Oder er fand wohl eine solche, aber sie stand weder mit der Haupt-Tube noch mit der Leibeshöhle in Verbindung. Infundibulum und Fimbrien fehlten in solchen Fällen. Die überzähligen Ostien münden immer in die Haupt-Tube. Kossmann (vor dem auch schon C. Hennig, „Krankheiten der Eileiter etc.") verweist daher darauf, dass den accessorischen Tuben und Tuben-Ostien in Bezug auf das Zustandekommen ectopischer Schwangerschaften eine gewisse Wichtigkeit zukomme. Ein aus dem Ovarium austretendes Ei könne gelegentlich auch in ein accessorisches Infundibulum (mit und ohne Oeffnung nach der Haupt-Tube) geraten, hier befruchtet werden und sich hier weiter entwickeln. Eine dergestalt entstandene ectopische Schwangerschaft würde man später von einer peritonealen (abdominalen) nicht mehr unterscheiden können. —

Auch unter dem Bilde einer Graviditas ovarica könnte eine solche „paratubare Schwangerschaft" verlaufen, wenn das Ovarium, wie in meinem Falle, dicht hinter dem accessorischen Infundibulum liegt und unter dem Wachstum des Fruchtsackes plattgedrückt in diesem aufginge, wie es Alban Doran,[1]) der die

[1]) Internationaler gyn. Congress in Brüssel, Discussion zum Thema. „Ectop. Schwangerschaft".

Ovarial-Schwangerschaft gänzlich leugnet, für diese überhaupt annimmt.

Dass ein durch die normale Ampulle eingetretenes, befruchtetes oder nicht befruchtetes Ei die Tube durch ein accessorisches Ostium wieder verlassen könne, ist kaum möglich, da auch bei diesen ein gegen die Haupt-Tube gerichteter Flimmerstrom vorhanden ist, der das Ei am Austritt verhindern würde. Durch meinen Fall ist nun zum ersten Male sicher nachzuweisen, dass ein Ei wirklich seinen Weg auch durch ein accessorisches Tubenostium nehmen und nach erfolgter Befruchtung zu uteriner Einbettung gelangen könne.



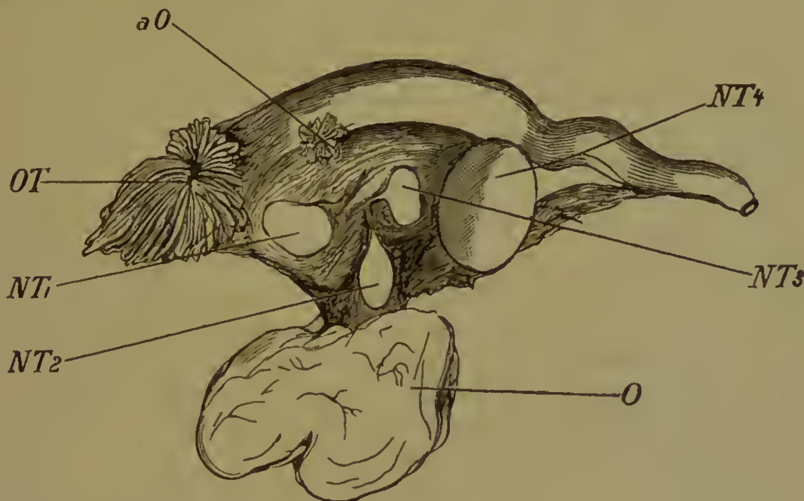
Figur 4.
Frau M. Abtragung eines subserösen Myom u. Castration. 10. X. 1894.
Rechte Adnexa.
OT. Ostium tubae abd. NT. Nebentube.
NTc. cystische Nebentube. O. Ovarium.

Durch die vorausgegangene rechtsseitige Tubenschwangerschaft mit Hämatocelen-Bildung ist auch das Abdominalende der linken Tube infolge perisalpingitischer Vorgänge zum Verschluss gekommen. Es reichte weitab vom linken Ovarium, bis zum Boden des Douglas'schen Raumes hinab, wo es sich in derben Narbenmassen verlor. Wohl fanden sich an der pars media und uterina der linken Tube noch feine Adhäsionen: das accessorische Ostium aber, welches dicht vor dem gleichfalls nur durch feine Pseudomembranen lose fixiertem Ovarium lag, war vollkommen frei und durchgängig. Das zur Befruchtung gekommene Ei muss aus dem Ovarium ausgetreten und auf dem kürzesten Weg von dem accessorischen Ostium aufgenommen worden sein.

Nur wenn ein solches durch eine besonders enge Oeffnung in die Haupt-Tube mündete, würde das Ei nicht in diese gelangen, sonst aber, da der Weg ein kürzerer ist, die uterine Einbettung gesichert sein. Paratubare Schwangerschaft würde demnach doch nur erfolgen, eben wenn das Ei ein abnorm enges Ostium nicht passieren könnte und bei Nebentuben, wobei überhaupt keine Oeffnung nach der Haupttube vorhanden ist. Hierzu wäre auch äussere Ueberwanderung des Sperma erforderlich.

Man sieht wohl, dass die accessorischen Tuben und Tuben-Ostien allerdings sehr interessante Beziehungen zu den Conceptionsvorgängen und zur Aetiologie der ectopischen Schwangerschaft darbieten, auf welche in der Folge noch weiter zu achten sein wird.

II. Neben einer relativ grossen Zahl von Fällen, wobei nach ectopischer Schwangerschaft später noch intrauterine Schwangerschaft auftrat mit normalem Verlauf oder rechtzeitiger künstlicher Beendigung



Figur 5.
Frau M. Linke Adnexa. 30. X. 1894.
OT. = Ostium tubae abd. a.O. accessorisches Ostium.
NT.—NT4. = cystische Nebentuben. O. Ovarium.

der Geburt per vias naturales, kennt man nur wenige Fälle, wobei ectopische Fruchtsäcke oder deren Residuen unter gleichen Verhältnissen ein absolutes Geburtshindernis abgegeben haben. Es ereignet sich eben viel seltener, dass bei Einkeilung eines alten ectopischen Fruchtsackes im Douglas'schen Raum oder zwischen den Blättern des Ligamentum latum, bei ausgedehnten sich über die Adnexa wegerstreckenden pelvi-peritonitischen Verwachsungen nach Hämatocelen überhaupt noch eine Schwangerschaft zustande kommt. Andrerseits wissen wir aber auch und sehen es wieder an dem vorliegenden Falle, wie dennoch unter den allererschwerendsten Umständen Sperma und Ei zusammentreffen und letzteres in eine Tube gelangen kann, um sich hier weiter zu entwickeln (wie in den Fällen vermeintlicher und jetzt wohl nicht mehr aufrecht zu haltender „innerer Ueberwanderung des Eies"), oder sogar, um ungehindert die Uterushöhle zu erreichen. Es ist nun überaus schwierig in solchen Fällen, wo ein alter ectopischer Fruchtsack die Conception nicht gehindert hat, trotzdem er ein absolutes Geburtshindernis setzte, den Modus conceptionis nachzuweisen. Mein Fall ist der einzige, wobei dies durch direkte Feststellung der anatomischen Verhältnisse gelungen ist.

Man kennt nur 2 Fälle, wobei ein Lithopädion die Indication zum Kaiserschnitt abgab, den bekannten Fall von Hugenberger[1])

[1]) Bericht aus die Hebammen-Institute in Moskau. St. Petersburg 1863. S. 122.

sowie einen aus neuerer Zeit von Schauta, veröffentlicht von Munk[1]).

Dazu kommen 3 Fälle, wobei aus gleichem Anlass der künstliche Abortus eingeleitet wurde, von Possi[2]) (3 Mal an derselben Frau), Hennigsen[3]) und Dibot[4]).

Aetiologisch gehört mein Fall zu diesen Fällen, klinisch ist er denen zuzuteilen, wobei ausgedehnte pelveo-phlegmonöse oder pelveo-peritonitische Narbenmassen die Indication zum Kaiserschnitt abgaben, wie in den Fällen von Breisky[5]), Newman[6]), Playfair[7]), Noble[8]). Es ist nicht unwahrscheinlich, dass es sich in dem einen oder anderen dieser Fälle sowie noch in gar manchem Falle, wobei eine nicht weiter definierte „Geschwulst im Becken" als Geburtshindernis angegeben wurde, gleichfalls um Residuen einer ectopischen Schwangerschaft handelte.

Wieder zeigt sich, dass die abwartende Behandlung der letzteren zu nichts Gutem führt. Nicht nur an die unmittelbaren Gefahren, auch an die späteren, entfernteren, wie sie durch erneute Conception mit wiederholter ectopischer oder zutretender uteriner Schwangerschaft entstehen können, ist zu denken. Durch operative Beseitigung eines ectopischen Fruchtsackes, einer grossen durch tubaren Abortus oder Ruptura tubae gravidae gesetzten Hämatocele wird zugleich freie Bahn für später geschaffen. Freilich von diesem Ideal zur wirklichen Ausführung ist auch hier ein weiter Weg.

Auf Fälle von normaler Geburt bei Bestand früherer ectopischer Schwangerschaft, überhaupt auf gleichzeitige ectopische und intrauterine Schwangerschaft bin ich hier nicht näher eingegangen, da ich mir dies für eine grössere Arbeit über mehrfache und wiederholte extra-extrauterine Schwangerschaft vorbehalte.

[1]) Ein Beitrag zu den seltneren Indicationen für Sectio caesarea. Prager med. Wochenschrift. 1890. No. 13. Auch hier musste auf Ausschälung des Fruchtsackes verzichtet werden. — Heilung.)

[2]) Sitzgsber. der Ver. d. Aerzte in Steiermark. V. No. 5 und 6. (Nach Bandl, Handb d. Frauenkrankh., Bd. II. S. 823.) Später starb die Frau, nachdem sich Peritonitis eingestellt und ein Abscess in den Mastdarm sich geöffnet hatte. Bei der Section fand Heschl einen mannskopfgrossen, nach allen Seiten adhärenten Tumor zwischen Uterus und Rectum, der einen reifen Foetus enthielt.

[3]) Abdominalschwangerschaft bei einer Sechstgebärenden. Tod der Frucht im 8. Monate. — 3 Jahre später uterine Schwangerschaft. Verjauchung der abdominalen Frucht mit Durchbruch durch die Bauchdecken. Septichämie. Tod. Arch. f. Gyn. Bd. 1. S. 335.

[4]) Gazette obstétricale. 1876. S. 161.

[5]) Zwei Fälle von Sectio caes.. Ver. deutsch. Aerzte in Prag. Sitzgsber. Wien. med. W. 1885. No. 5. Ausgedehnte para- u. perimetrit. Schwielen nach einer vor 6 Jahren stattgehabten Zangenoperation mit Placentarlösung. 3-tägige Geburtsdauer; Zange, Perforation. Kraniolasie. Kephalolothypsie vorher vergeblich versucht. Porro-op. wegen der Narbenmassen unmöglich. Tod an Sepsis nach 24 Stunden.

[6]) Obstetr. Transactions London 1873. p. 142. Indication: perimetritrische Schwielen.

[7]) Ebenda.

[8]) Sectio c. wegen alter Exsudatschwielen und Beckenenge. Absolute Indication. Nach H. A. Kelly, New-York med. Journ. May 2, 1890 (2. Kaiserschnitt an derselben Person.)